

8 11276

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO



IMSS

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
"GABRIEL MANCERA"

IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO
CARDIOVASCULAR DE PACIENTES HIPERTENSOS
DE LA U.M.F. 28 Y VALORACION DEL TRATAMIENTO
FARMACOLOGICO.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DRA. ZURAYMA ALVAREZ CORTES

ASESOR DE TESIS: DR. BERNARDO AUGUSTO TORRES SALAZAR

MEXICO, D.F.

2007

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR
EN PACIENTES HIPERTENSOS DE LA U.M.F 28 Y VALORACIÓN
DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.**

**DRA. ZURAYMA ÁLVAREZ CORTES
MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO. MEDICINA FAMILIAR.
LIRIOS 13 INT 101. INFONAVIT IZTACALCO C. P 08900
TEL. 5654 61 77**

ASESOR :

**DR. BERNARDO AUGUSTO TORRES SALAZAR
JEFE DE EDUCACIÓN MEDICA UMF 28**

DEDICATORIA

- ❖ **A Dios: Por la oportunidad brindada, por mí familia y por estar conmigo en todo momento.**

- ❖ **A mi Familia: Por los consejos y el apoyo otorgado a mis hijos y a mí cuando más lo necesitamos.**

- ❖ **A mi Esposo: José Luis, por la confianza y el apoyo para continuar este camino, Gracias.**

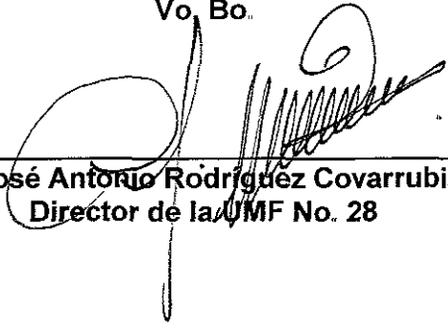
- ❖ **A mis hijos: Dany y Zury, porque son la razón de existir y el motor que me impulsa a superarme y por el tiempo robado.**

- ❖ **A mis Maestros: Por el conocimiento y las experiencias compartidas que me hicieron crecer como médico y ser humano.**

- ❖ **A los Pacientes: Que son la fuente de donde emana el conocimiento.**

AUTORIZACIONES

Vo. Bo.



Dr. José Antonio Rodríguez Covarrubias
Director de la UMF No. 28

Vo. Bo.

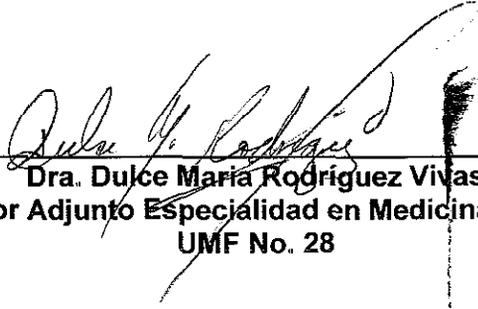


Dr. Bernardo Augusto Torres Salazar
Jefe de Educación Médica UMF No. 28



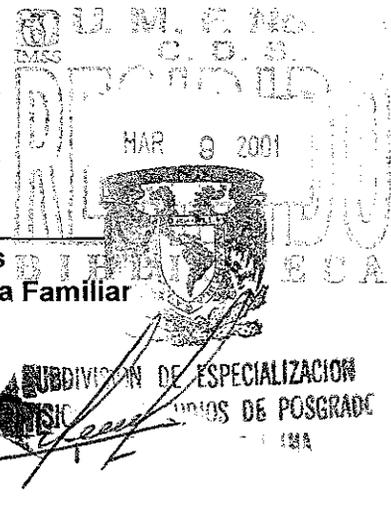
SERVICIO DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION
QUIRÚRGICA No. 28

Vo. Bo.



Dra. Dulce María Rodríguez Vivas
Profesor Adjunto Especialidad en Medicina Familiar
UMF No. 28

U. M. F. No. 28
C. S. S.
RECIBIDO
MAR 9 2001
SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
CURSOS DE POSGRADO



ASESOR DE TESIS



DR. BERNARDO AUGUSTO TORRES SALAZAR
JEFE DE EDUCACIÓN MEDICA UMF No. 28.

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	1
HIPÓTESIS.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
JUSTIFICACIÓN.....	14
OBJETIVOS.....	15
MATERIAL Y METODOS.....	16
DISEÑO ESTADÍSTICO.....	17
DEFINICIÓN DE VARIABLE.....	18
CONSIDERACIONES ETICAS.....	19
CRONOGRAMA.....	20
RESULTADOS.....	21
CONCLUSIONES.....	43
SUGERENCIAS.....	45
BIBLIOGRAFÍA.....	47
ANEXOS.....	49

TITULO.

Identificación de factores de riesgo en pacientes hipertensos de la U.M.F 28 y valoración del tratamiento farmacológico

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.

En el mundo existen, de acuerdo con los datos de la Organización mundial de la Salud, más de 900 millones de pacientes hipertensos. La prevalencia de la hipertensión arterial es mayor en negros que en blancos, aumenta con la edad y es más frecuente en personas de baja escolaridad. La elevación de la presión arterial sistólica con presión arterial diastólica menor de 90 mmHg (hipertensión sistólica aislada) es prácticamente inexistente antes de los 60 años, sin embargo, aumenta después de esa edad, de manera exponencial en 3% de los individuos.

La Organización Mundial de la Salud y la Sociedad internacional de hipertensión arterial establecieron, en 1998, que un sujeto mayor de 18 años debía considerarse hipertenso si las cifras de tensión arterial eran mayores de 140 mmHg para la presión sistólica y 90 mmHg para la presión diastólica. (1)

La hipertensión arterial es una enfermedad de etiología múltiple caracterizada por elevación persistente de la presión sistólica, diastólica o de ambas a cifras iguales o mayores de 140/90 mmHg. (2)

Es la enfermedad crónica más frecuente del mundo afecta a 25 % de la población adulta, y su proporción aumenta a medida que se incrementa la edad; en el grupo de 65 a 70 años afecta al 50% y en el de mayores de 70 años su frecuencia es de 75 %.

Más del 90% de los hipertensos sufre hipertensión arterial esencial, que se define como la elevación de la tensión arterial en ausencia de causa identificable alguna. Cerca del 80% de los adultos con hipertensión arterial sistémica esencial presentan hipertensión arterial leve. (3)

En México el aumento de la esperanza de vida se asocia con una tendencia ascendente de la hipertensión arterial sistémica. La tasa de incidencia de la enfermedad aumentó de 99.2 a 302 por cada 100 000 habitantes entre 1983 y 1991.

Mediante la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas llevada a cabo en 1993 por la secretaria de Salud se estimó para ese año una prevalencia de 24.6%; de esta proporción 59% fue detectado por la encuesta, lo que sugiere que por cada hipertenso conocido existe otro no identificado. Adicionalmente, se ha considerado que únicamente la mitad de los hipertensos diagnosticados recibe tratamiento y de éstos sólo la mitad recibe la terapia apropiada.(4)

Respecto a la mortalidad, la hipertensión arterial sistémica se asocia con 42 % de las muertes ocasionadas por enfermedad vascular, con 27% de las acontecidas por cardiopatía isquémica y con 8.1 por diabetes mellitus.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social la morbilidad y la mortalidad por esta enfermedad también presenta una tendencia ascendente en el periodo comprendido de 1983 a 1994 y ocupó el segundo lugar como motivo de consulta en 1994.

Hasta la actualidad continua siendo una de las tres primeras causas como motivo de consulta a nivel de la consulta externa de Medicina Familiar, una de las principales patologías que causan envío a segundo nivel como motivo de interconsulta por sus complicaciones y difícil manejo, así como una de las enfermedades que ocupan un alto porcentaje de camas hospitalarias por descontrol agudo, y o complicaciones tardías derivadas de la misma enfermedad.

En México y en el mundo la hipertensión arterial sistémica representa un autentico problema de salud, el instituto Nacional de estadística, Geografía e Informática, publicó que en 1995 que se registraron 284, 633 casos nuevos de esta enfermedad hipertensiva y en años más recientes se han notificado 244,564 casos , hasta el año de 1997 (5, 6, 7, 8)

Como ya se menciona la hipertensión arterial sistémica ocupa uno de los primeros lugares como causa de consulta en el Instituto Mexicano del seguro Social, y en la U. M. F 28 ocupa el segundo lugar como causa de demanda de consulta de Medicina Familiar después de las consultas otorgadas por infecciones respiratorias (9)

De acuerdo con la Organización mundial de la Salud y el comité conjunto para el control de la hipertensión (JNC-VI) en su sexta reunión, para tratar de disminuir la morbi-mortalidad de esta enfermedad realizan las recomendaciones para diagnostico y tratamiento de la hipertensión arterial.

Clasificación de la hipertensión arterial para adultos de 18 años en adelante:

CATEGORÍA	SISTÓLICA	DIASTOLICA
OPTIMA	< O = 120 mmHg	< o = 80 mmHg
NORMAL	< O = 130 mmHg	< o = 85 mmHg
ALTO / NORMAL	130 – 139 mmHg	85 – 89 mmHg

HIPERTENSION

ETAPA 1	140 – 159 mmHg	90 – 99 mmHg
ETAPA 2	160 – 179 mmHg	100 – 109 mmHg
ETAPA 3	> 0 = 180 mmHg	> o 0 110 mmHg.

COMPONENTES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ESTRATIFICADO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL (IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO)

❖ RIESGO:

Tabaquismo mayor de 10 cigarros al día, dislipidemia triglicéridos mayor de 150 mg/dl, colesterol mayor de 200 mg/dl. diabetes mellitus, edad mayor de 60 años, Sobrepeso índice de masa corporal mayor 25 (IMC = Kg. de peso /talla² . Ingesta de mas de 5 gramos de sodio al día. Consumo de más de 30 ml de etanol al día Ingesta de anticonceptivos orales pos más de 5 años. Sedentarismo. Estrés sostenido.

DAÑO A ORGANO BLANCO (CLÍNICA DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR)

Enfermedad del corazón con hipertrofia ventricular izquierda, angina o infarto al miocardio, enfermedad coronaria y revascularización, falla cardiaca, accidente vascular cerebral, nefropatía, enfermedad periférica arterial y retinopatía

CLAFICACION EN BASE A LOS FACTORES DE RIESGO

- ❖ GRUPO A: Sin ataque a órgano blanco o factores de riesgo, el tratamiento consiste en modificar el estilo de vida por lo menos 12 meses.
- ❖ GRUPO B: Con al menos un factor de riesgo y sin ataque a órgano blanco y diabetes. El tratamiento deberá de modificar el estilo de vida por lo menos 6 meses.
- ❖ GRUPO C: Con ataque a órgano blanco, diabetes mellitus con o sin factores de riesgo. El tratamiento consiste en modificar el estilo de vida y el empleo de medicamentos

ETAPA 1: (140-159 / 90-99) : modificación De habitos por lo menos 12 meses.

ETAPA 2 Y 3 : (≥ 160 , $179 > \geq 180$ / $100-90$, ≥ 110)

GRUPO A : Sin factor de riesgo o enfermedad a órgano blanco. El tratamiento consiste en medicamentos.

GRUPO B. CON AL MENOS UN FACTOR DE RIESGO El tratamiento consiste en medicamentos.

GRUPO C : Con ataque a órgano blanco con o sin factor de riesgo. El tratamiento consiste en medicamentos.

CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA PARA PREVENCIÓN Y MANEJO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONSISTE EN :

1. Mantener el peso ideal, evitar el exceso (índice de masa corporal ya referido)
- 2 Limitación del habito etílico o erradicarlo

3. Reducción en la ingesta de sal 4 gramos o menos al día
- 4 Mantener la adecuada ingesta de potasio 90 mmol / al día.
5. Ejercicio ya sea anaeróbico o aeróbico mínimo 30 minutos cada tercer día
- 6 Evitar el tabaco y comidas altas en grasa, o alto consumo de colesterol.
7. La dieta consistirá en fibra y granos de cereal, vegetales, frutas, verduras, lácteos, pescado, y carnes asadas no de cerdo (10,11,12,13)

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Es muy importante que en este aspecto la terapia farmacológica sea completamente individualizada además de tomar en cuenta los factores de riesgo cardiovascular mencionados con anterioridad, se debe tomar en cuenta las recomendaciones que organizaciones internacionales derivan de sus reuniones de evaluación , según la OMS y la sexta revisión conjunta (JNC VI) recomienda iniciar el tratamiento farmacológico de acuerdo a factores de riesgo cardiovascular y daño a órgano blanco, desde una semana hasta 6 meses de valoración para instituir el tratamiento farmacológico, después de haber insistido en el no farmacológico. Una educación para la salud adecuada al paciente es esencial en el plan terapéutico ya que favorece el cumplimiento, pues el tratamiento suele ser de por vida, los síntomas no son indicadores de gravedad y el pronóstico mejora con el tratamiento adecuado. (14, 15 ,16, 11)

El manejo de la hipertensión arterial sistémica se ha mejorado gracias a la aparición de nuevos medicamentos cada vez más efectivos o con vida media activa farmacológica de mayor duración así como combinación de los mismos, sin embargo el punto clave aún sigue siendo a la modificación de los estilos de vida, el apego terapéutico por parte del paciente a su esquema de manejo farmacológico, así mismo el control estricto, regular y apegado a las recomendaciones o normas establecidas por instituciones internacionales y nacionales.

Como una recomendación el tratamiento farmacológico debe iniciarse con tiacídicos o beta bloqueadores, ya que éstos medicamentos han demostrado reducir la morbi-mortalidad en la hipertensión arterial. En caso de que no hubiera respuesta adecuada(si existen patologías agregadas), debe agregarse o substituirse por otro antihipertensivo de acuerdo a la patología existente (17, 18 ,19)

El reto para el médico es diseñar instrumentos y llevar a cabo acciones de prevención primaria, secundaria y de rehabilitación con el objetivo de alcanzar un control adecuado de la hipertensión arterial sistémica en fases tempranas para reducir complicaciones, la muerte prematura, la mortalidad asociada con esta enfermedad, y sobre todo prevenir la aparición de la misma con educación para la salud , modificación de estilos de vida, identificación oportuna de factores de riesgo cardiovascular y establecimiento del tratamiento ideal en individuos con esta patología (20, 7)

ESTRATIFICACIÓN DEL FACTORES DE RIESGO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA CON EL JNC VI.

Etapas de la TA (mm Hg)	Grupo de riesgo A	Grupo de riesgo B	Grupo de riesgo C
Normal –alta (130-139/85-89)	Modificación de los hábitos	Modificación de los hábitos	Tratamiento farmacológico
Etapa 1 (140-159/90 –99)	Modificación de los hábitos (hasta 12 meses)	Modificación de los hábitos (hasta 6 meses.)*	Tratamiento farmacológico
Etapas 2 y 3 mayor o igual 160/ 100	Tratamiento farmacológico	Tratamiento farmacológico	Tratamiento farmacológico

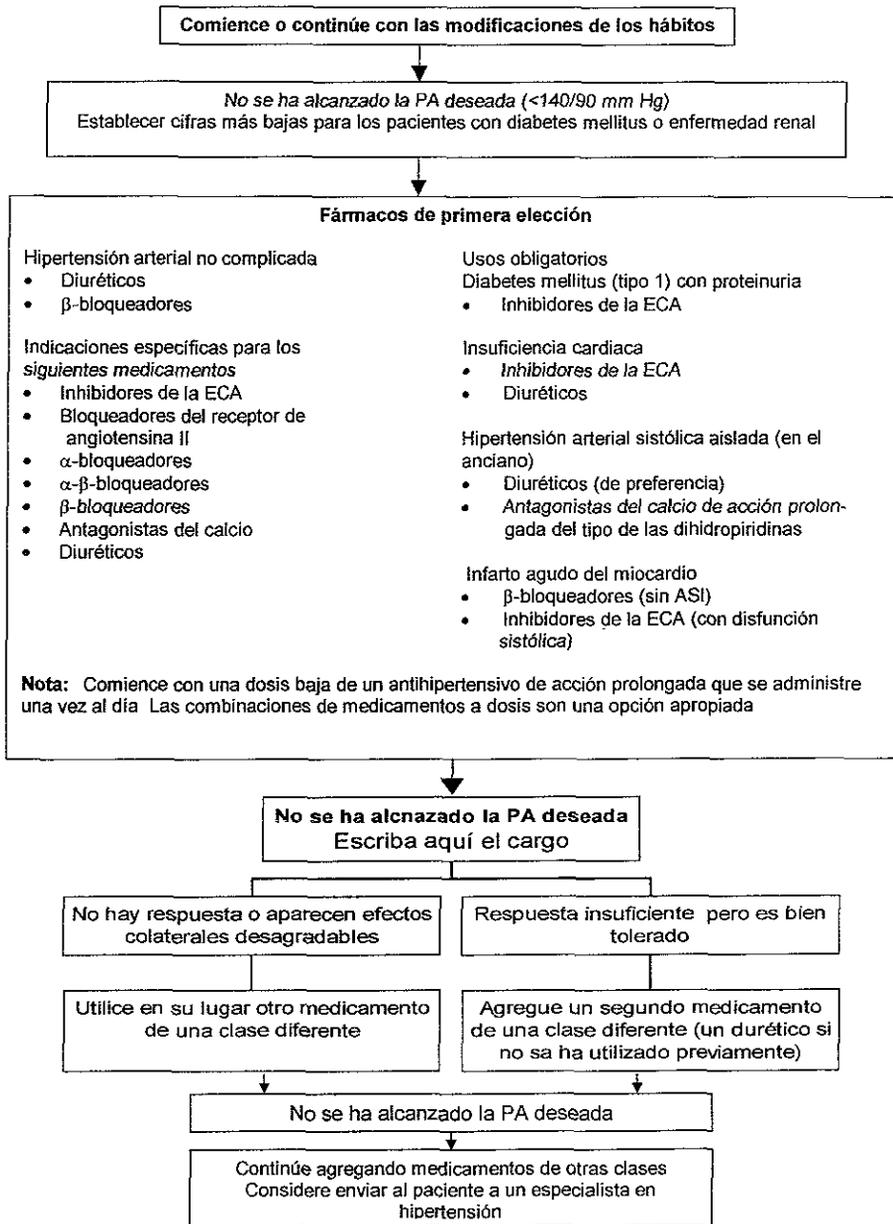
El grupo de riesgo A incluye a los pacientes sin factores de riesgo, el grupo B incluye pacientes con un factor de riesgo por lo menos, sin incluir la diabetes mellitus y sin daño a órgano blanco, el grupo de riesgo C incluye pacientes con daño a órgano blanco y / o diabetes mellitus, con o sin otros factores de riesgo.

La modificación de los hábitos de vida debe ser una medida terapéutica auxiliar para todos los pacientes en quienes se recomienda el tratamiento farmacológico.

+ Para aquellos con insuficiencia cardiaca, renal o diabetes mellitus.

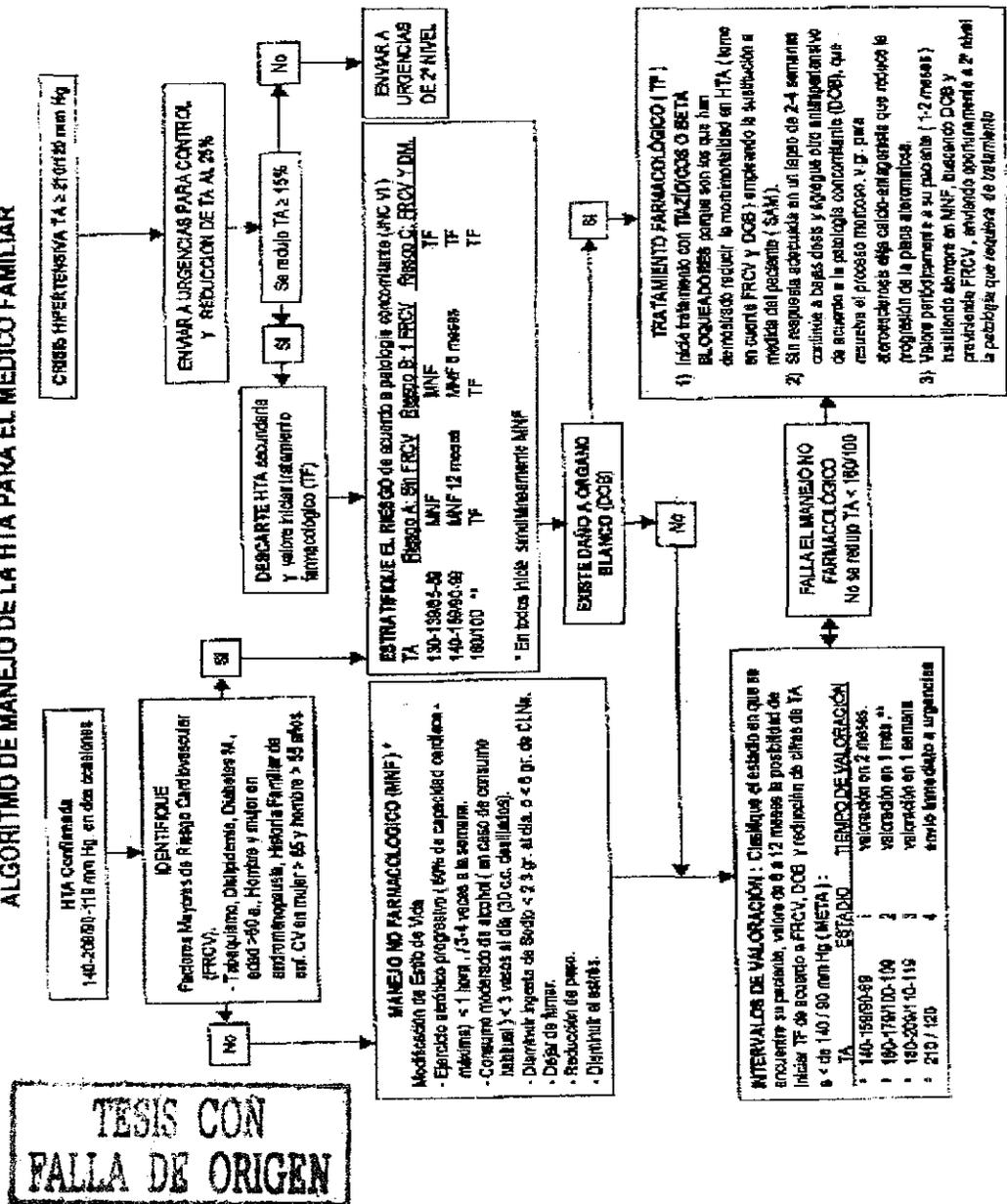
* Para los pacientes con muchos factores de riesgo, los médicos deben considerar los medicamentos como el tratamiento inicial más las modificaciones de los hábitos. (21,11)

Tratamiento de la hipertensión arterial



(21,11)

ALGORITMO DE MANEJO DE LA HTA PARA EL MEDICO FAMILIAR



Torres Salazar A. B. Propuesta de algoritmo para el manejo de la hipertensión arterial sistémica dirigido al médico familiar. Arch, Med, Fam. 2000 Jul-sep; 2 (3)

HIPÓTESIS.

Hi: La identificación de factores de riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos de la U.M.F 28, permite determinar su manejo farmacológico Ideal.

Ho: La falta de identificación de factores de riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos de la U.M.F 28, determina un manejo farmacológico inadecuado

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿ Cual es el perfil de factores de riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos de la U.M.F 28 que permite definir el manejo farmacológico ideal ?

JUSTIFICACIÓN.

A pesar de que existen normas, y recomendaciones oficiales de organismos nacionales e internacionales, los criterios para diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la hipertensión arterial sistémica, así como de identificación de *factores de riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos*, el tratamiento farmacológico de los mismos varían sustancialmente de médico a médico, así mismo no se cuenta con un instrumento aplicado al expediente clínico que valore este tipo de discrepancias, además que en la unidad de medicina familiar número 28, se desconoce el perfil epidemiológico de este tipo de pacientes

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL : Determinar que los factores de riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos de la U.M.F 28, permite definir su manejo farmacológico ideal.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer si en el expediente clínico se realiza la identificación y valoración de factores de riesgo cardiovascular en los pacientes hipertensos.
- Determinar el grado de control de la hipertensión arterial en base al tratamiento actual
- Conocer el tipo de terapia más utilizado en los pacientes hipertensos.
- Conocer el tipo de seguimiento (laboratorio, gabinete y valoraciones por otra especialidad) de los pacientes hipertensos en control en la U. M. F. 28 por sus médicos tratantes.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se realizó un estudio, retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional en la U. M. F 28 del IMSS en un periodo de 6 meses (septiembre a febrero del 2000 - 2001) tomándose como universo de trabajo los expedientes clínicos de pacientes hipertensos adscritos a la U. M. F 28 en el turno matutino. aplicándose un cuestionario al expediente clínico, en el cual se incluyeron variables como sexo, edad, peso talla, patologías concomitantes, tratamiento, evolución actual e identificación de factores de riesgo cardiovascular.

La toma de la muestra fue por medio de aleatorización simple

CRITERIOS DE INCLUSIÓN : Los expedientes clínicos de pacientes hipertensos diagnosticados y en control en la U. M. F 28

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN Y NO INCLUSIÓN : Expedientes pacientes no hipertensos y no diagnosticados como hipertensos

DISEÑO ESTADÍSTICO.

1) Para la obtención del tamaño de la muestra se utilizó el paquete estadístico: EPI-INFO-VERSION 6.

usando la fórmula para estudios descriptivos y poblaciones finitas

Paquete estadístico:

EPI-INFO-VERSION 6

Considerando la prevalencia del 24.6 % de la población general

Intervalo de confianza del 95%.

Alfa = 0.05

EL TAMAÑO DE LA MUESTRA FUE DE :70 HIPERTENSOS.

2) TRATAMIENTO ESTADÍSTICO: Se utiliza estadística paramétrica.

Por tratarse de variables cuantitativas se utilizarán medidas de resumen frecuencia y porcentaje. En variables cualitativas se utilizará las medidas de prevalencia y tasa.

Con la información recopilada a través del cuestionario aplicado al expediente clínico, se creará una base de datos en el programa estadístico SPSS. 08 for Windows para el manejo de los resultados.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

CARACTERÍSTICA	DEF CONCEPTUAL	DEF OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICION
EDAD	TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL NACIMIENTO HSATA LA ACTUALIDAD	AÑOS TRANSCURRIDOS DESDE EL NACIMIENTO HASTLA FECHA DE ESTUDIO	CUANTITATIVA DISCRETA	EDAD EXPRESADA EN AÑOS
ENFERMEDADES CONCOMITANTES	ENFERMEDADES AGREGADAS A LA ENFERMEDAD ACTUAL	ENFERMEDADES ACOMPAÑANTES A LA ENFERMEDAD ACTUAL	CUALITATIVA NOMINAL	TIPO DE ENFERMEDAD
ESTADO CIVIL	ESTADO LEGAL DE UNION O DESUNION	ESTADO LEGAL ACTUAL DE PARE JA CON OBLIGACIONES Y DERECHOS	CUALITATIVA NOMINAL	SOLTERO, CASADO, DIVORCIADO, UNION LIBRE VIUDO
EVOLUCIÓN	COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD ATRAVEZ DEL TIEMPO	GRADO DE CONTROL O DESCONTROL DELA ENFERMEDAD EN EL TIEMPO	CUALITATIVA ORDINAL	CONTROLADA O DESCONTROLADA
GENERO	EXPRESIÓN FÍSICA DEL SEXO	EXPRESIÓN FENOTÍPICA DEL SEXO	CUALITATIVA NOMINAL	MASCULINO O FEMENINO
PESO	MEDICION DEL PESO EN UNA PERSONA EN KG	PESO DE UNA PERSONA EXPRESADO EN KG	CUANTITATIVA CONTINUA	PESO EXPRESADO EN KILOGRAMOS
TALLA	TAMAÑO DE UNA PERSONA EN CM	TALLA DE UNA PERSONA ESPRESADA EN CMS.	CUANTITATIVA CONTINUA	ESTATURA EXPRESADA EN CENTÍMETROS
TENSION ARTERIAL	CIFRAS DE TA REGISTRADAS CON EL ESFINGOMANOMETRO	SUMA DE LAS RESISTENCIAS PERIFERICAS EXPRESADAS EN MLM DE MERCURIO	CUANTITATIVA DISCRETA	MILIMETROS DE MERCURIO REGISTRADOS EN ESFINGOMANOMETRO
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO IDEAL	MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA LA ENFERMEDAD	ESTRATEGIAS Y MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA EL CONTROL OPTIMO DE LA ENFERMEDAD ACTUAL	CUALITATIVA NOMINAL	TIPO DE FÁRMACOS UTILIZADOS NOMBRE Y DOSIS TIPO DE TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO
FACTORES DE RIESGO	PROBABILIDAD DE UN INDIVIDUO PRESENTAR DAÑO	ENTIDADES PATOLÓGICAS Y HABITOS CAUSANTES DE DAÑO ESPECIFICO EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL S.	CUALITATIVA NOMINAL	TABAQUISMO, ETILISMO, OBESIDAD SEDENTARISMO ETC
ETILISMO	HABITO RREGULAR DEL CONSYUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS	CONSUMO DE MAS DE 30 ML DE ETANOL AL DIA	CUALITATIVA DISCRETA	MILILITROS CONSUMIDOS DE ETANOL
TABAQUISMO	HABITO REGULAR DE FUMAR CIGARRILLOS	CONSUMO DE TABACO DE MAS DE 10 CIGARROS AL DIA	CUANTITAVIVA DISCRETA	NUMERO DE CIGARROS CONSUMIDOS

Variable dependiente: Evolución y tratamiento farmacológico ideal de la hipertensión arterial sistémica.

Variable independiente: Edad, peso, talla, escolaridad, factores de riesgo cardiovascular.

CONSIDERACIONES ETICAS.

Este estudio no tiene repercusiones éticas en el paciente ya que se trata de una revisión de expediente y no amerita consentimiento del mismo. Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el reglamento de la ley general de salud, en el área de investigación para la salud

RECURSOS.

Humanos : El investigador

Materiales : Encuestas. Material de escritorio, computadora, expedientes clínicos.

Económicos : La beca del investigador

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

2000 – 2001

Actividad	sept	oct	nov	dic	ene	feb
Búsqueda y recopilación de información	XXX					
Realización de protocolo y cedula		XXX				
Revisión de protocolo y aprobación	XXX	XXX	XXX			
Aplicación de encuestas			XXX	XXX	XXX	XXX
Recopilación análisis y presentación de información					XXX	XXX
Terminación de protocolo y entrega de tesis						XXX

RESULTADOS

Una vez terminada la aplicación de la encuesta, y la correspondiente revisión de expedientes clínicos de pacientes hipertensos, nos encontramos con los siguientes resultados obtenidos de la concentración y procesamiento en los programas estadísticos ya mencionados con anterioridad.

Existe una mayor incidencia y prevalencia de la hipertensión arterial sistémica en el sexo femenino con un 68.6 % contra el 31.4 % del sexo masculino es decir una relación de más de 2:1. (tabla y cuadro 1.) así mismo el grupo etario de mayor incidencia fue el de los 60 a 64 años con un total de 13 casos, un 17 %.

Encontramos una diferencia significativa en cuanto al estado civil, los casados padecen de mayor hipertensión 61.4 %, a diferencia de los solteros ,Viudos o separados que en conjunto suman un 35.5 %. (tabla y cuadro 2)

En cuanto a la ocupación las amas de casa presenta una persistencia de esta patología 48.6 %, muy por arriba de los pensionados o profesionistas y demás ocupaciones. Por lo que refuerza que dentro de los núcleos familiares existe mayor estrés que en otros ámbitos. (Tabla 3)

De esperarse de otra manera, se refuerza igualmente que a menor instrucción académica, mayor factor de riesgo de padecer enfermedades crónico degenerativas, predomina la educación primaria con un 40 % , así mismo seguida de la educación secundaria con un 25.7 %(Tabla y grafico 4).

Se comprueba igualmente que las detecciones de hipertensión arterial sistémica, se hacen tardíamente, ya que incluso se han detectado como

debut hipertensivo en un estadio 2 según la JNC. En esta unidad se detecta hasta un 38.6 % pacientes hipertensos en estadio 2. (Gráfica y Tabla 5)

Muy alarmante es el sobrepeso y la obesidad que los pacientes presentan, ya que solo un 22.9 % se encuentran en su peso ideal contra 18.6 % con sobrepeso, y lo peor aún 35.7 % cursan con obesidad moderada, en base al índice de masa corporal. (tabla y gráfico 6)

Por otra parte la tensión arterial de los pacientes actualmente oscila entre *óptima y normal* 74.3 % entre ambas, y 18.6 % en estadio 1. La relación por género como ya se mencionó con anterioridad está en 2:1 por el sexo femenino. (Tabla y gráfico 7)

Existe una baja tendencia hacia el tabaquismo 12.9% contra 87.1 que según la norma menor de 10 cigarrillos, no fuma. (Tabla 8).

Sin embargo otro factor de riesgo cardiovascular que si persiste, es el sedentarismo 97% de nuestros pacientes hipertensos no realizan actividad física continua, muy alarmante aunado a la existencia de obesidad. (Tabla y gráfico 9)

Nuestros resultados concuerdan completamente con la literatura médica en cuanto a epidemiología y tipo de hipertensión predominante en nuestra población, más del 96 % corresponde a hipertensión arterial sistémica del tipo esencial (tabla y gráfico 10).

Igualmente a la literatura clásica, la hipertensión arterial sistémica, suele transcurrir en conjunto con otro tipo de enfermedades igualmente de las

clasificadas como crónico degenerativas DM2 20 %, cardiopatías 15 % entre otras. (Tabla 11).

El 57.1 % de los tratamientos son con un solo medicamento así mismo el 37.2 % se controla como mínimo con 2 antihipertensivos y una mínima parte de la población 5.7 %, con una polifarmacia.

El medicamento que mayormente se utiliza para el control de la hipertensión , son los inhibidores de la ECA de predominio el Captopril, utilizándose en un 63.3 % de todos los casos, y sobre todo en un régimen de monoterapia, los calcio antagonistas siguen en preferencia de uso médico con un 20 %. Los diuréticos se están utilizando en menor grado solo el 1.4 %.

El control antihipertensivo actual oscila entre óptima y normal con más del 70 % de los casos en control. Y en base a la utilización prácticamente sistémica de los IECA.

Existen varias situaciones preocupantes, la primera es que en los expedientes no se encuentran resultados de laboratorio o valoraciones por RX, EKG y de otras especialidades afines al control integral de la hipertensión arterial, o se tiene un control y conocimiento profundo sobre el diagnóstico, manejo y seguimiento del paciente hipertenso o se deja complicar al paciente, así mismo la baja asistencia periódica del género masculino a sus citas de control, implica un incremento de los factores de riesgo cardiovascular y descontrol de la hipertensión arterial. (Tab 15, 16, 17, 18)

No se ha enviado a valoración a por otra especialidad al 54.3 %, cardiología tiene un porcentaje de envío del 26 %. (Cuadro y gráfico 19).

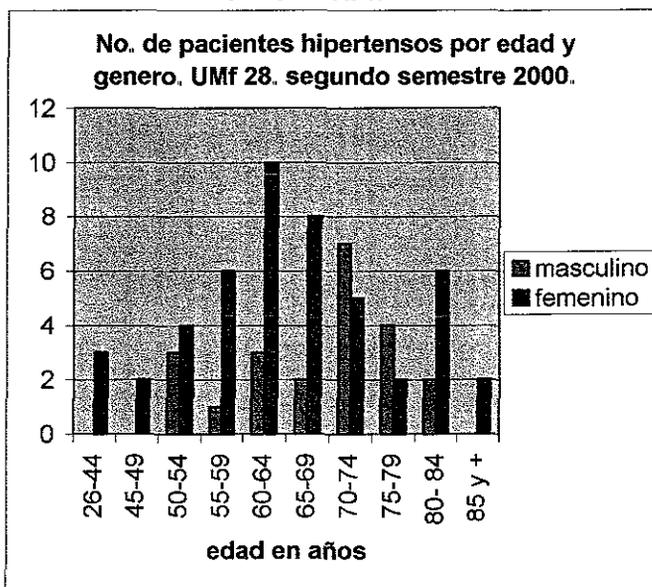
Tabla 1.

Numero y porcentaje por edad y genero en pacientes hipertensos. UMF 28 IMSS segundo Semestre 2000.

Edad en años	Masculino	Femenino	Total
26 - 44	0	3	3
45 - 49	0	2	2
50 - 54	3	4	7
55 - 59	1	6	7
60 - 64	3	10	13
65 - 69	2	8	10
70 - 74	7	5	12
75 - 79	4	2	6
80 - 84	2	6	8
85 y +	0	2	2
Total	22	48	70
Porcentaje	31.4 %	68.6 %	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a expediente Clínico UMF 28 IMSS segundo semestre 2000

Grafica 1.



Fuente: Tabla 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

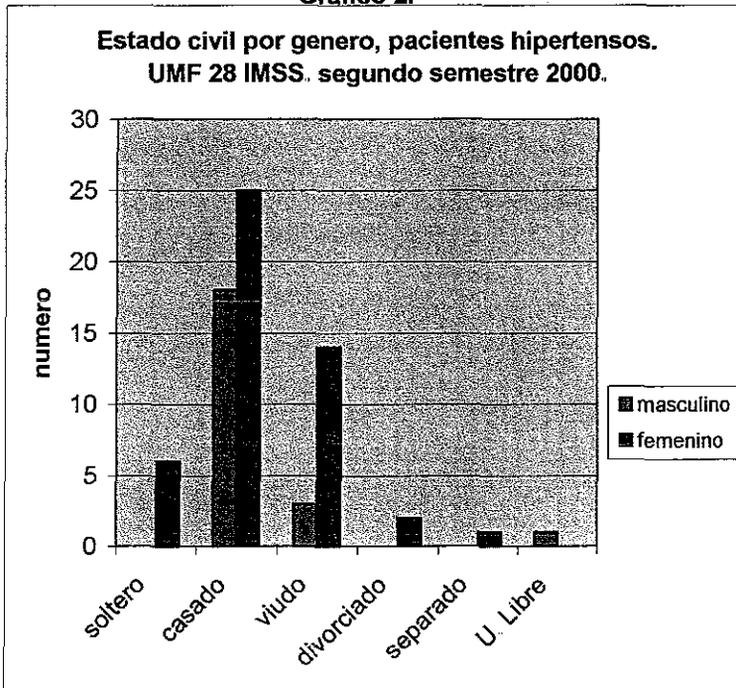
Tabla 2.

Estado civil por Genero. Pacientes hipertensos. UMF 28 IMSS, segundo semestre 2000.

Edo. Civil	Masculino	Femenino	Por ciento
Soltero	0	6	8.6
Casado	18	25	61.4
Viudo	3	14	24.3
Divorciado	0	2	2.9
Separado	0	1	1.4
Unión Libre	1	0	1.4
Total	22	48	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a expediente Clínico, UMF 28 IMSS segundo semestre 2000

Grafico 2.



Fuente: Tabla 2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

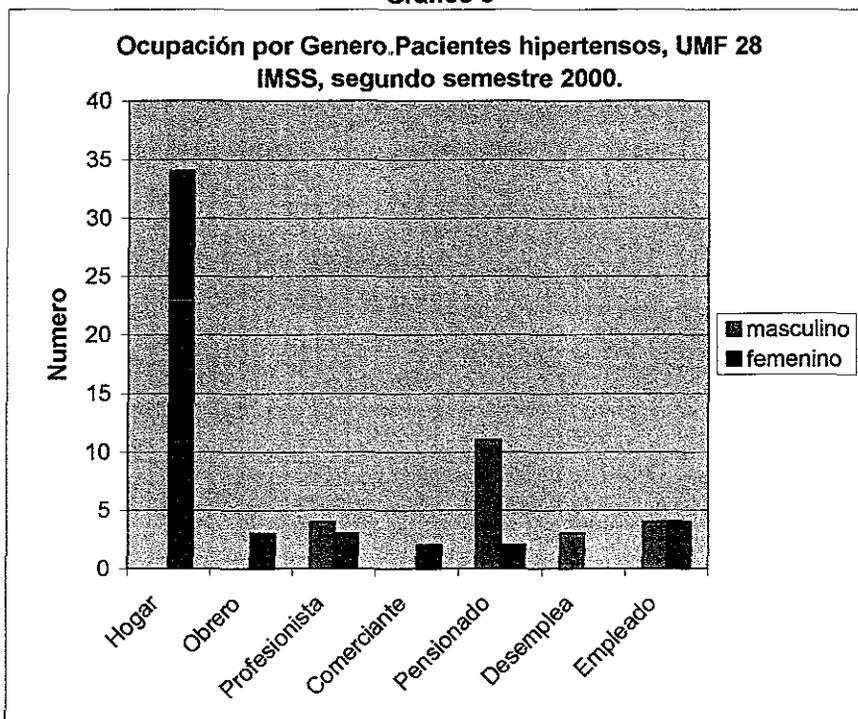
Tabla 3.

Ocupación por genero, Pacientes hipertensos. UMF 28. IMSS segundo semestre 2000.

Ocupación	Masculino	Femenino	Porcentaje
Hogar	0	34	48.6
Obrero	0	3	4.3
Profesionista	4	3	10.0
Comerciante	0	2	2.9
Pensionado	11	2	18.6
Desempleado	3	0	4.3
Empleado	4	4	11.4
Total	22	48	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a expediente Clínico UMF 28 | MSS segundo semestre 2000

Grafico 3



Fuente: Tabla 3

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

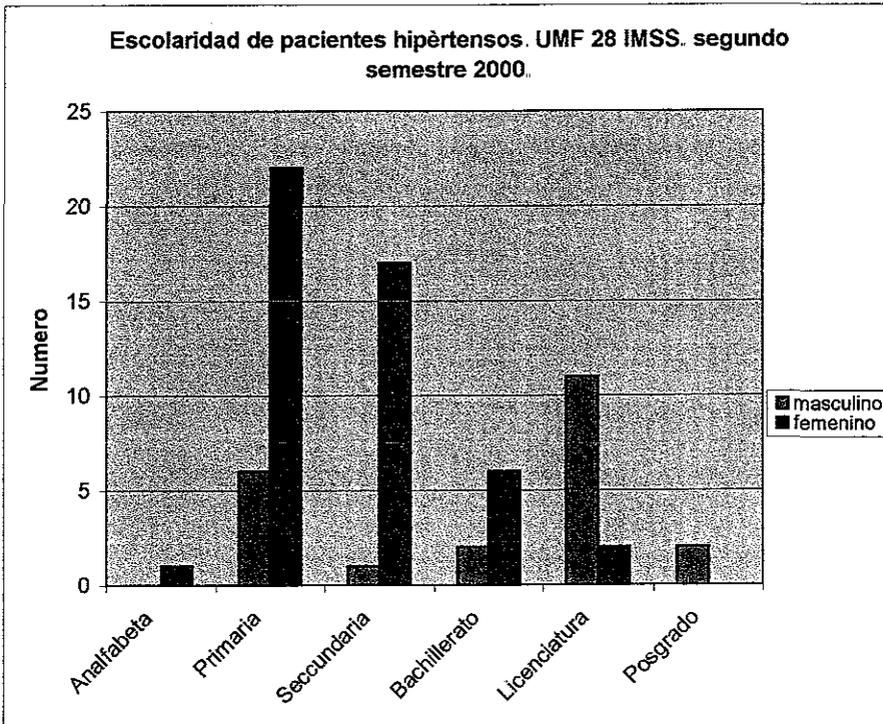
Tabla. 4

Escolaridad por Genero de Pacientes hipertensos. UMF 28 IMSS. Segundo semestre 2000.

Escolaridad	Masculino	Femenino	Por ciento
Analfabeta	0	1	1.4
Primaria	6	22	40
Secundaria	1	17	25.7
Bachillerato	2	6	11.4
Licenciatura	11	2	18.6
Postgrado	2	0	2.9
Total	22	48	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a expediente Clínico, UMF 28 IMSS segundo semestre 2000

Grafico 4.



Fuente Tabla 4.

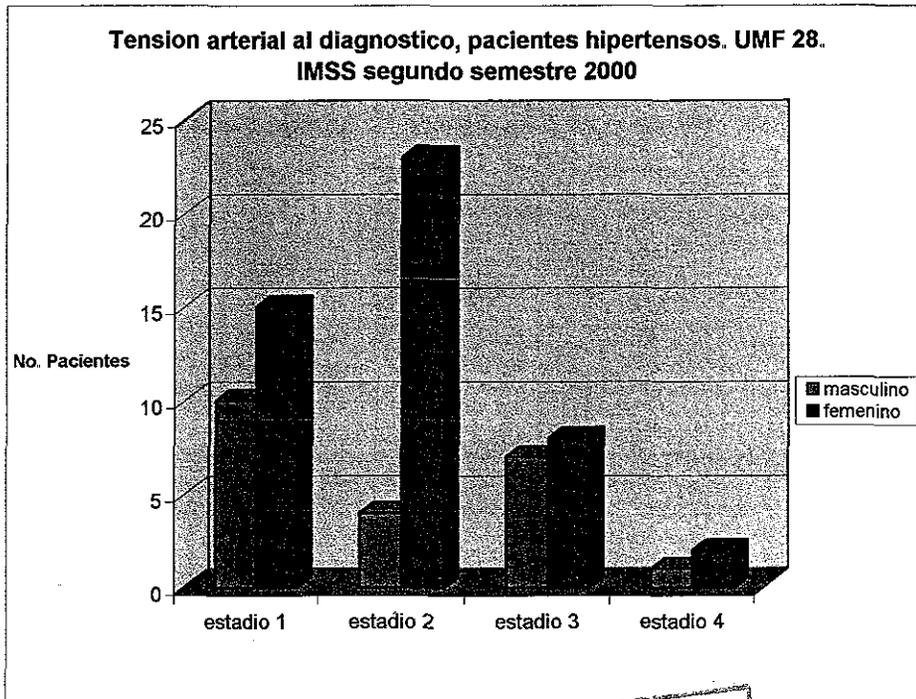
Tabla 5.

Tensión arterial al diagnostico por genero, pacientes hipertensos. UMF 28 IMSS segundo semestre 2000.

TA diagnostica	Masculino	Femenino	Por ciento
Estadio 1 140- 159/ 90-99	10	15	35.7
Estadio 2 160-179/ 100-109	4	23	38.6
Estadio 3 180-209/ 110-119	7	8	21.4
Estadio 4 210/120	1	2	4.3
Total	22	48	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a expediente Clínico UMF 28 IMSS segundo semestre 2000

Grafico 5.



Fuente: Tabla 5.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

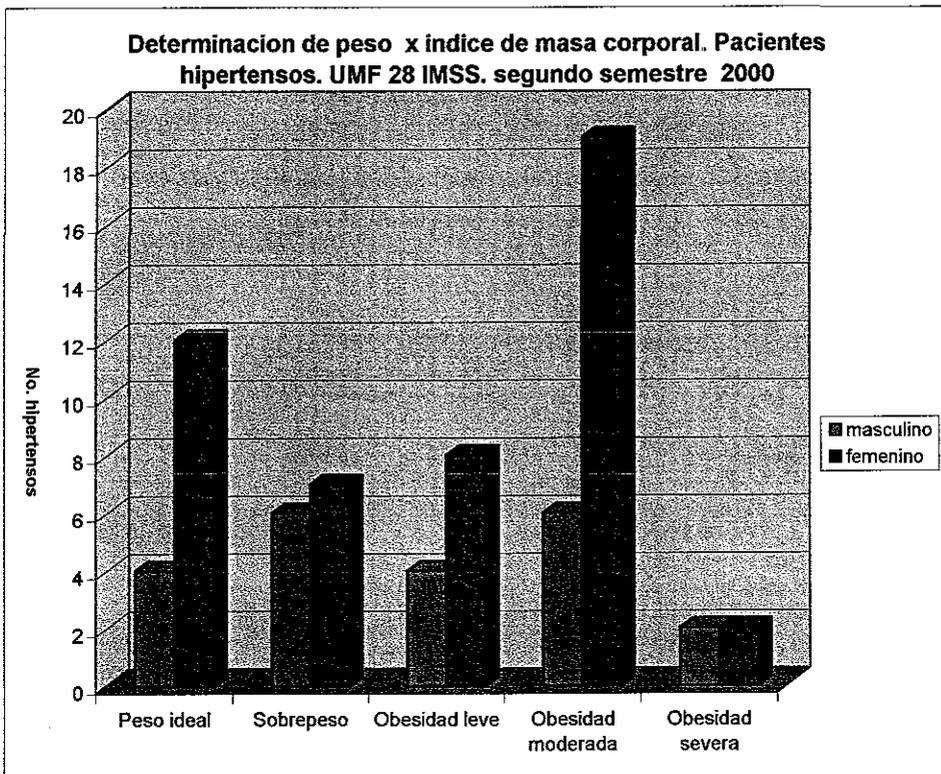
Tabla 6

Índice de masa corporal en pacientes hipertensos en control. UMF 28 IMSS segundo semestre 2000

Índice de masa corporal	Masculino	Femenino	Por ciento
Peso ideal 20- 24	4	12	22.9
Sobrepeso 25-27	6	7	18.6
Obesidad leve 27-29	4	8	17.1
Obesidad moderada 30-39	6	19	35.7
Obesidad severa + 40	2	2	5.7
Total	22	48	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a expediente Clínico, UMF 28 IMSS segundo semestre 2000

Grafico 6.



Fuente: tabla 6

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

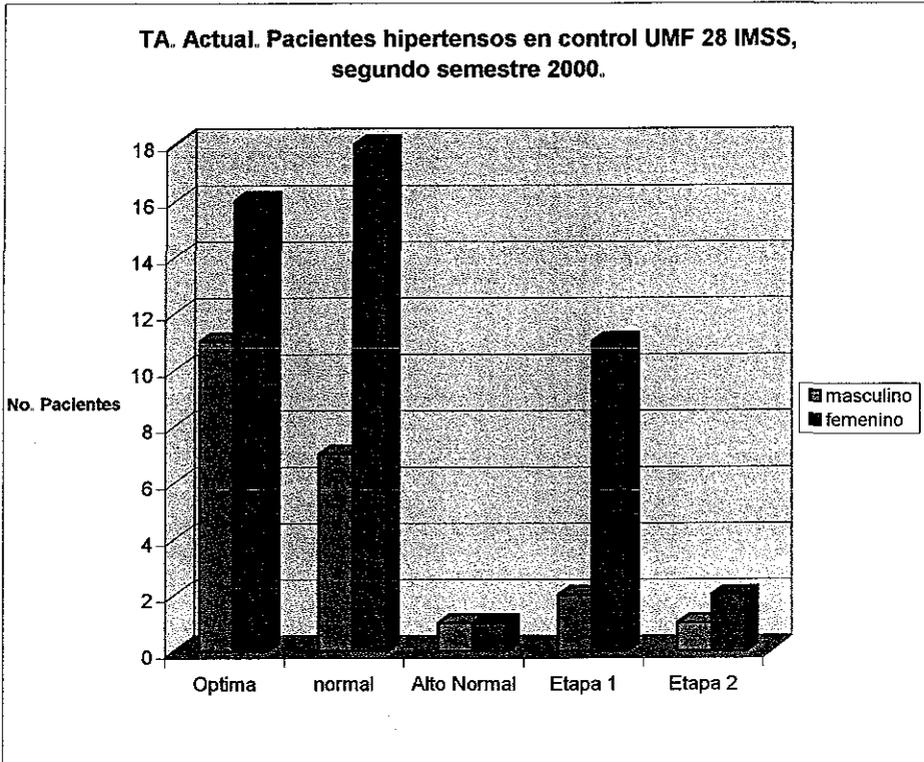
Tabla 7.

Tensión Arterial Actual. Pacientes Hipertensos en control UMF 28 IMSS, segundos semestre 2000.

Tensión arterial	Masculino	Femenino	Por ciento
Optima 120/80	11	16	38.6
Normal 130/85	7	18	35.7
Alto normal 130-139/85-89	1	1	2.9
Etapa 1 140-159/90-99	2	11	18.6
Etapa 2 160-179/100-109	1	2	4.3
Total	22	48	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a expediente Clínico UMF 28 IMSS segundo semestre 2000

Grafico 7



Fuente: Tabla 7

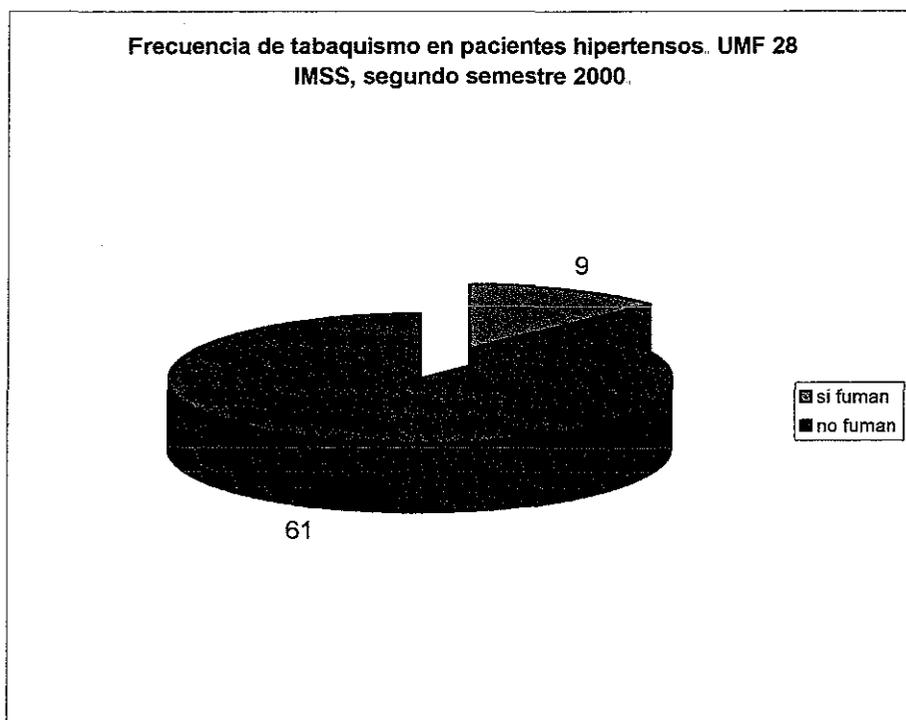
Tabla 8.

Porcentaje de Tabaquismo en pacientes hipertensos en control. UMF 28 IMSS segundo semestre 2000

Tabaquismo	Masculino	Femenino	Porciento
SI (+ de 10 cigarros día)	4	5	12.9
NO (- de 10 cigarros día)	18	43	87.1
Total	22	48	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a expediente Clínico, UMF 28 IMSS segundo semestre 2000

Grafico 8.



Fuente: Tabla 8

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

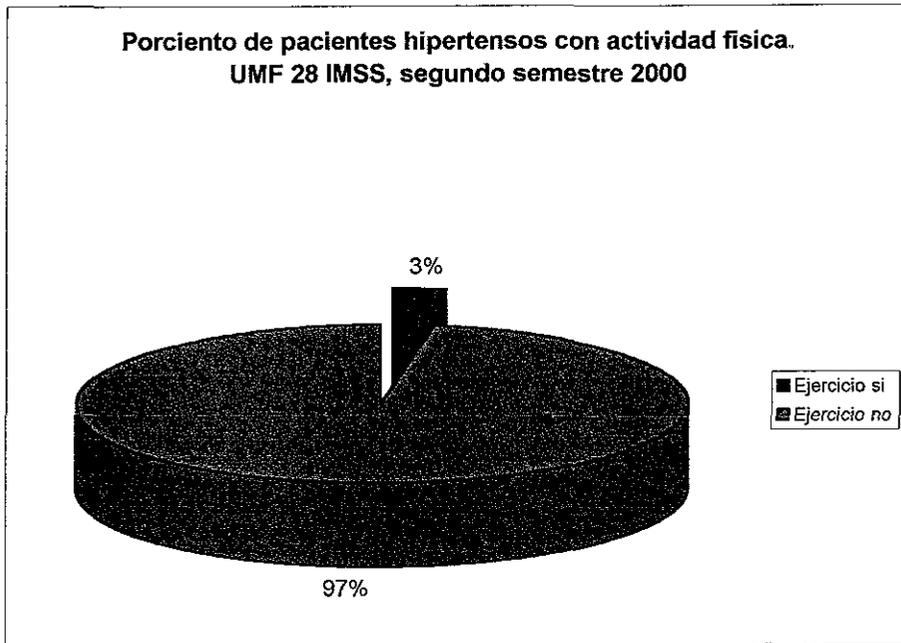
Tabla 9

Porcentaje de actividad física en pacientes hipertensos controlados en la UMF 28 IMSS, segundo semestre 2000.

Ejercicio	Masculino	Femenino	Porciento
Si	1	1	3
No	21	47	97
Total	22	48	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a expediente Clínico UMF 28 IMSS segundo semestre 2000

Grafico 9



Fuente: Tabla 9

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

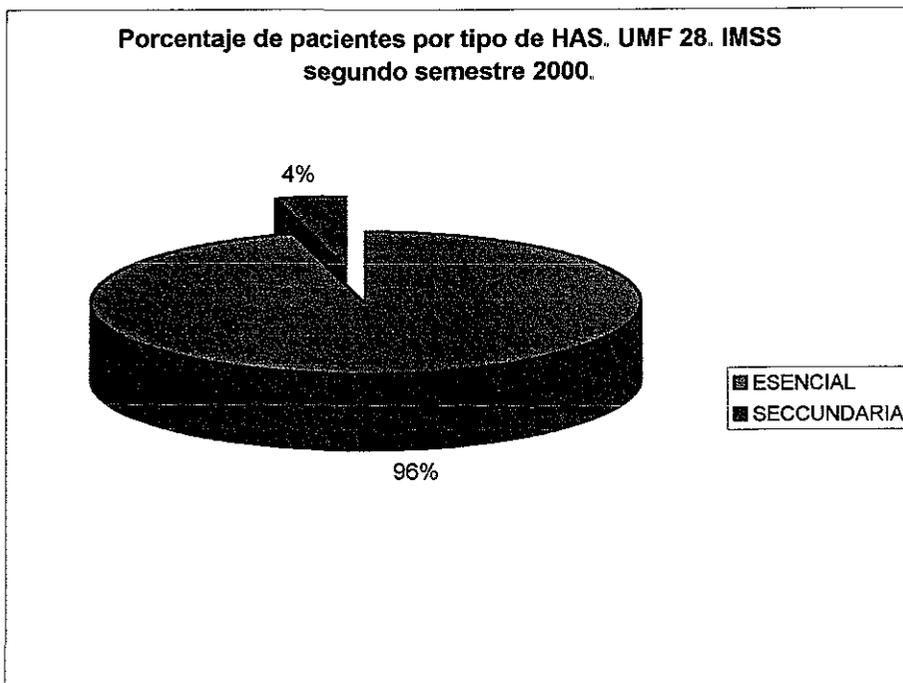
Tabla 10.

Porcentaje por tipo de hipertensión arterial, UMF 28 IMSS, segundo semestre 2000

Tipo Hipertensión	Frecuencia	Porcentaje
Esencial	67	95.7
secundaria	3	4.3
Total	70	100 %

Fuente: Encuestas aplicadas a expediente Clínico UMF 28 IMSS segundo semestre 2000

Grafico 10



Fuente: Tabla 10

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

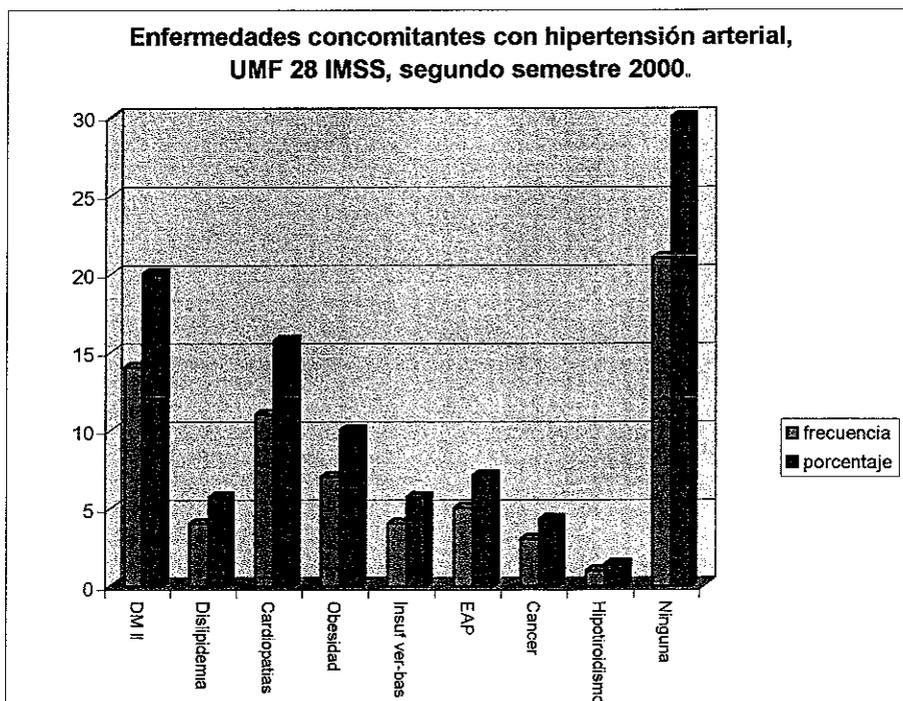
Tabla 11.

**Enfermedades concomitantes por genero , pacientes hipertensos en control.
UMF 28 IMSS. segundo semestre 2000**

Patología	Masculino	Femenino	Total	Porciento
DM 2	3	11	14	20
Dislipidemia	2	2	4	5.7
Cardiopatías	3	8	11	15.7
Obesidad	4	3	7	10
Insuf. vertebro-basilar	2	2	4	5.7
Enf. Ácido-péptica	1	4	5	7.1
Cáncer	2	1	3	4.3
Hipotiroidismo	0	1	1	1.4
Ninguna	5	16	21	30
Total	22	48	70	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a expediente Clínico, UMF 28 IMSS segundo semestre 2000

Grafico 11.



Fuente: tabla 11.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

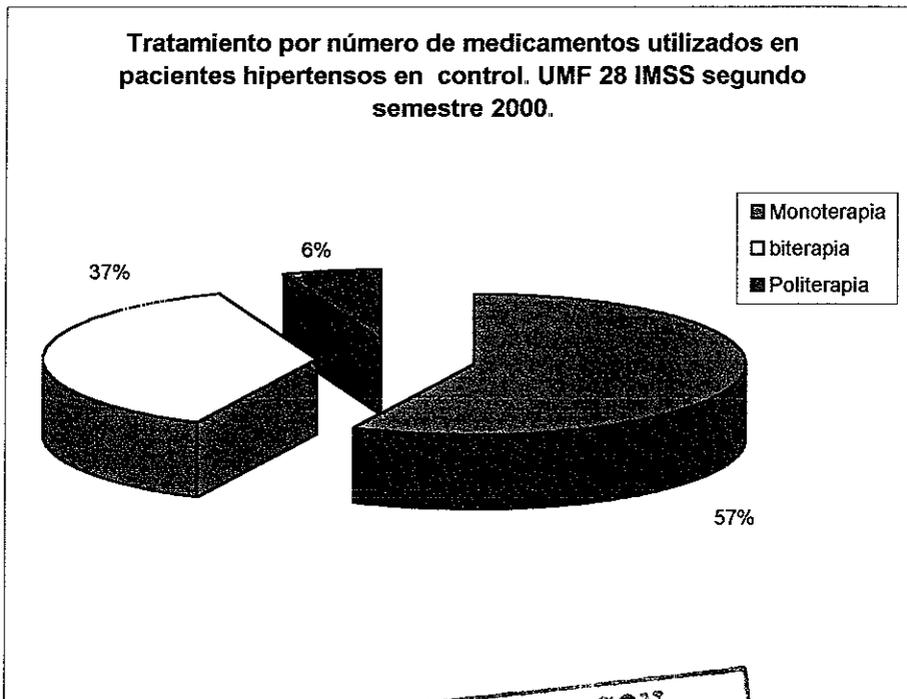
Tabla 12

Tipo de tratamiento por número de medicamentos utilizados en pacientes hipertensos en control UMF 28. IMSS segundo semestre 2000.

Tipo de Tx	Frecuencia	Por ciento
Monoterapia	40	57 %
Biterapia	26	37%
Politerapia	4	6 %
Total	70	100 %

Fuente: Encuestas aplicadas a expediente Clínico UMF 28 IMSS segundo semestre 2000

Grafico 12.



Fuente: Tabla 12

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

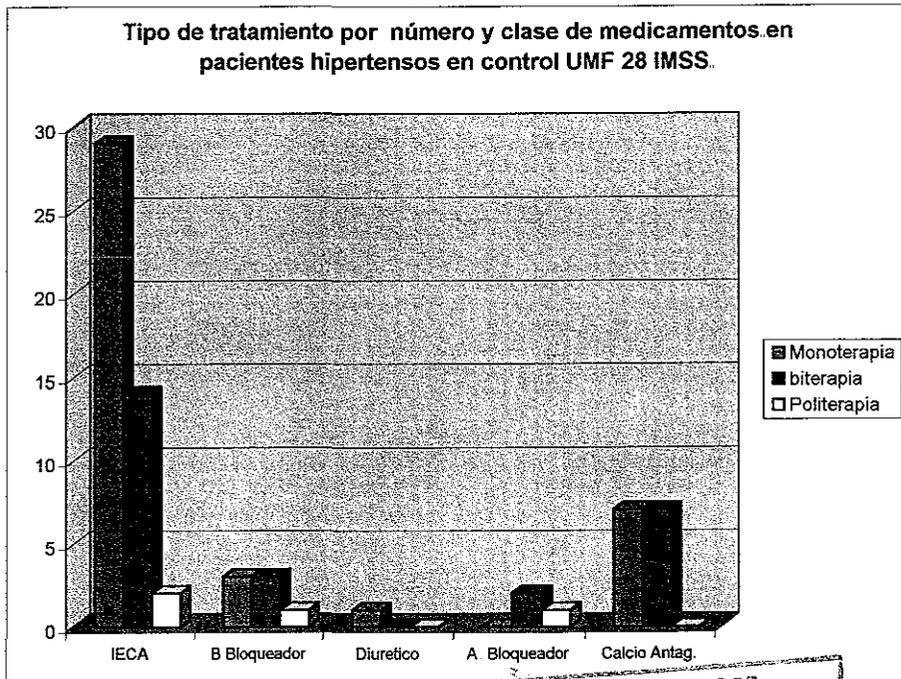
Tabla 13

Tipo de tratamiento por número utilizado de medicamentos y tratamiento actual. En pacientes hipertensos en control UMF 28 . IMSS. segundo semestre 2000.

No. Medicamentos	Numero de Pacientes y medicamentos utilizados					Total
	IECA	B Bloqueador	Diuretico	A bloqueador	Calcio antagonista	
Monoterapia	29	3	1	0	7	40
Biterapia	14	3	0	2	7	26
Politerapia	2	1	0	1	0	4
Total	45	7	1	3	14	70

Fuente: Encuestas aplicadas a expediente Clínico UMF 28 IMSS segundo semestre 2000

Grafico 13.



Fuente: Tabla 13

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

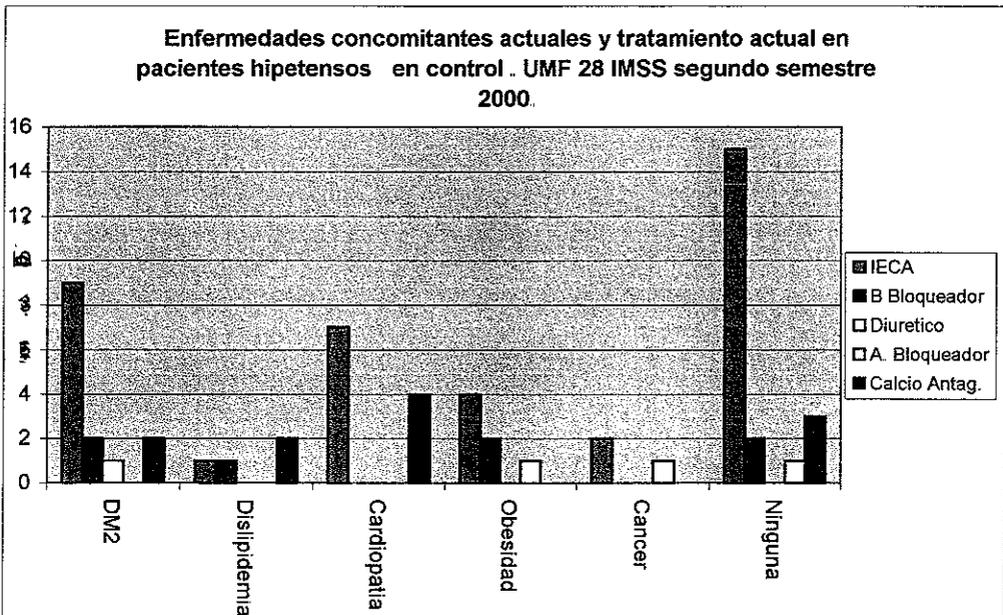
Tabla 14

**Enfermedades concomitantes y tratamiento actual en pacientes hipertensos.
UMF 28. IMSS, segundo semestre 2000.**

Patología	Tratamiento Actual					Total
	IECA	B. BLOQ	DIURETICO	A. BLOQ	Calcio Antagonista	
DM 2	9	2	1	0	2	14
Dislipidemia	1	1	0	0	2	4
Cardiopatía	7	0	0	0	4	11
Obesidad	4	2	0	1	0	7
Insuf. vertebro basilar	2	0	0	0	2	4
Enfer. Acido Péptica	4	0	0	0	1	5
Hipotiroidismo	1	0	0	0	0	1
Cáncer	2	0	0	1	0	3
ninguna	15	2	0	1	3	70

Fuente: Encuestas aplicadas a expediente Clínico, UMF 28 IMSS segundo semestre 2000

Grafico 14.



Fuente: tabla 14

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

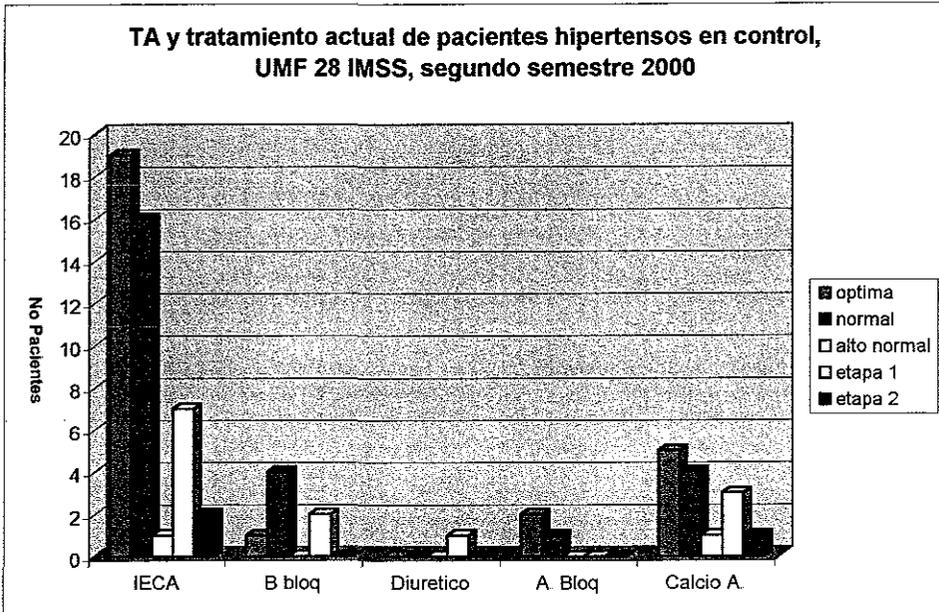
Tabla 15.

Tensión arterial actual en relación al tratamiento antihipertensivo en pacientes en control, UMF 28 IMSS, segundo semestre 2000.

TA ACTUAL	IECA	B BLOQ	DIURETICO	A BLOQ	CALCIO A	TOTAL
OPTIMA 120/80	19	1	0	2	5	27
NORMAL 130/85	16	4	0	1	4	25
ALTO NORMAL 130-139/85-89	1	0	0	0	1	2
ETAPA 1 140-159/90-99	7	2	1	0	3	13
ETAPA 2 160-179/100-109	2	0	0	0	1	3
TOTAL	45	7	1	3	14	70

Fuente: Encuestas aplicadas a expediente Clínico UMF 28 IMSS segundo semestre 2000

Grafico 15



Fuente: tabla 15

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

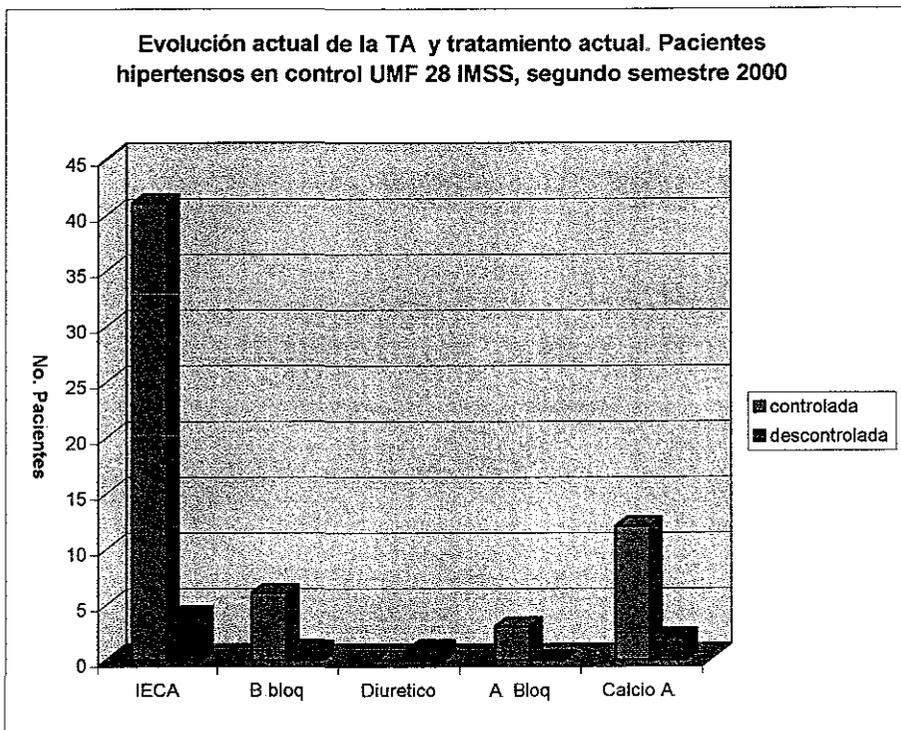
Tabla 16

Evolución actual en relación al tratamiento actual, de la hipertensión arterial en pacientes controlados en la UMF 28 IMSS, segundo semestre 2000.

Evolución actual	TRATAMIENTO ACTUAL.					
	IECA	B. bloq	Diuretico	A. Bloq	Calcio A	total
Controlada	41	6	0	3	12	62
Descontrolada	4	1	1	0	2	8
Total	45	7	1	3	14	70
Por ciento	63.3%	10 %	1.4	4.3 %	20 %	100 %

Fuente: Encuestas aplicadas a expediente Clínico, UMF 28 IMSS segundo semestre 2000

Gráfico 16



Fuente: Tabla 16.

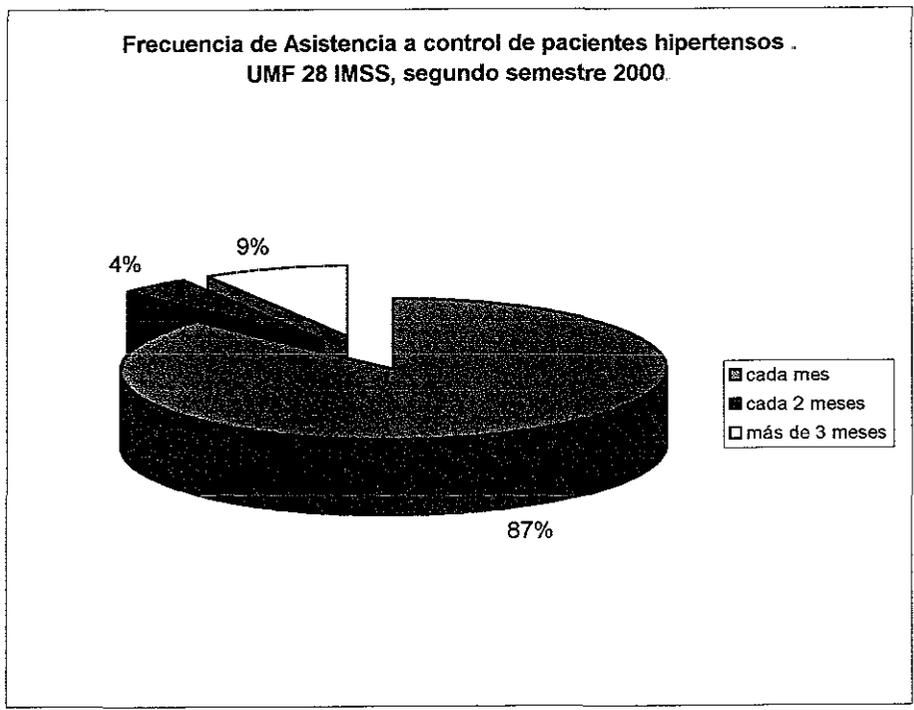
Tabla 17

Frecuencia de asistencia a control de HAS por genero, pacientes controlados en la UMF 28 IMSS, segundo semestre 2000.

Frecuencia de asistencia	Masculino	Femenino	Total	Porcentaje
Cada mes	20	41	61	87 %
Cada 2 meses	0	3	3	4 %
Más 3 meses	2	4	6	9 %
Total	22	48	70	100 %

Fuente: Encuestas aplicadas a expediente Clínico UMF 28 IMSS segundo semestre 2000

Grafico 17.



Fuente: Tabla 17

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

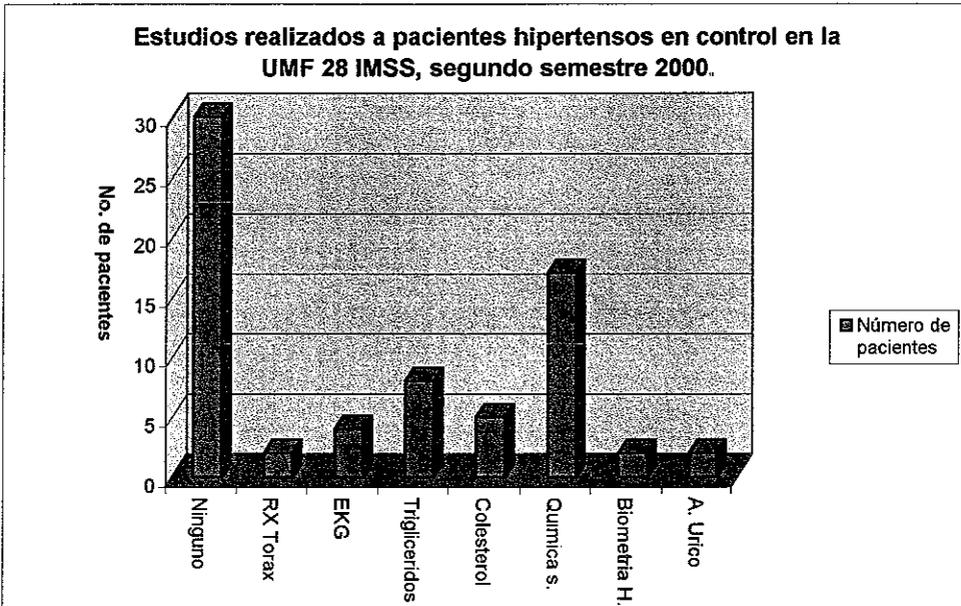
Tabla 18.

Laboratorio y Gabinete realizados a pacientes hipertensos en control UMF 28 IMSS, segundo semestre 2000

Estudios realizados	Frecuencia	Por ciento
Ninguno	30	42.9
Rx torax	2	2.9
EKG	4	5.7
Triglicéridos	8	11.4
Colesterol	5	7.1
Química s.	17	24.3
Biometría H.	2	2.9
A. Úrico	2	2.9
Total	70	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a expediente Clínico, UMF 28 IMSS segundo semestre 2000

Grafico 18.



Fuente: Tabla 18

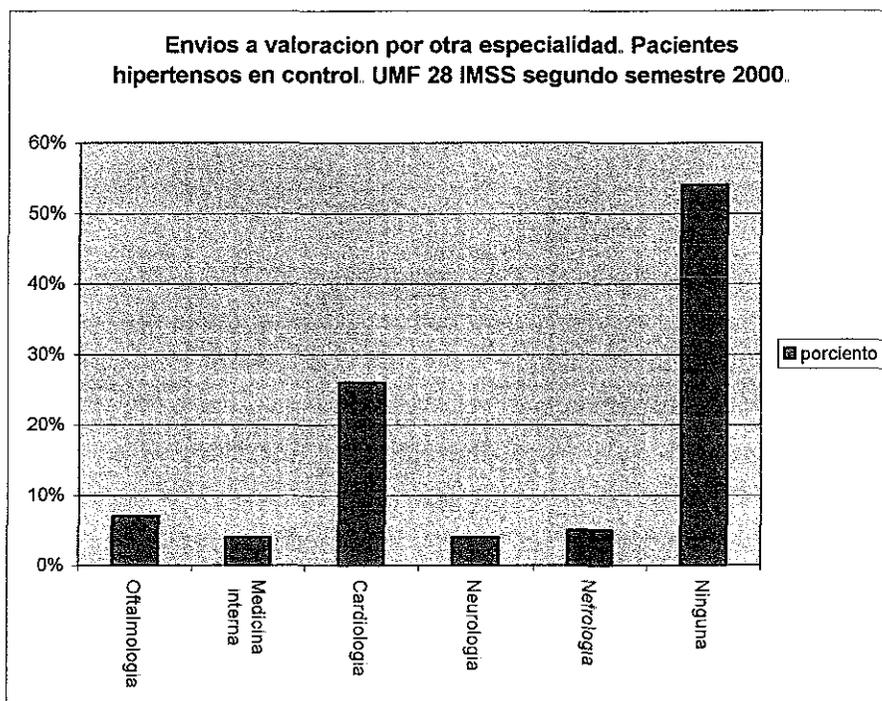
Tabla 19.

Porcentaje de envíos a valoración por otra especialidad, pacientes hipertensos en control. UMF 28 IMSS, segundo semestre 2000.

Especialidad	Frecuencia	Porcentaje
Oftalmología	5	7 %
Medicina Interna	3	4 %
Cardiología	18	26 %
Nefrología	3	4 %
Neurología	3	5 %
Ninguna	38	54 %
Total	70	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a expediente Clínico UMF 28 IMSS segundo semestre 2000

Grafico 19



Fuente : Tabla 19

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

Dado el tipo y características del estudio, nos pudimos convencer y dar cuenta de varias situaciones que a continuación mencionaremos.

1.-Evaluando desde el probable momento de diagnóstico, tardío por cierto, tal parece que al paciente no se le orienta sobre los factores de riesgo al que puede estar expuesto una persona que padece de hipertensión arterial sistémica, el porcentaje de hipertensos con sobre peso y obesidad es realmente alarmante, aunado a que muchos de ellos concomitantemente padecen Cardiopatías y Diabetes tipo 2.

2.- El paciente hipertenso no realiza actividad física regular

3- El tratamiento farmacológico predominantemente es con un régimen monoterapéutico a base de inhibidores de la ECA, independientemente de la edad y de patologías agregadas. Lo cual no es médicamente conveniente ni se apega a los esquemas terapéuticos o lineamientos establecido por organizaciones y personalidades expertas en el tema.

4.- Definitivamente no se realiza por lo menos en el expediente clínico la identificación directa de factores de riesgo cardiovascular tales como EL estrés, sedentarismo, obesidad tabaquismo , entre otros, ya que en un número importante de expedientes se encuentran como datos aislados, muy difícilmente se encuentran determinación del índice de masa corporal etc. Por lo tanto no se puede establecer un tratamiento efectivo a adecuado a cada paciente. Los envíos a valoración a otra especialidad no son congruentes con el tiempo de evolución de la patología

5.- Por lo tanto concluimos que Nuestros pacientes cuentan con un alto riesgo cardiovascular ya que detectan y consecuentemente no se modifican los cambios en los estilos de vida acorde al caso particular de cada individuo

SUGERENCIAS

Debido a lo mencionado anteriormente sugerimos.

- ❖ Capacitación continua a todo personal de salud (médicos y enfermeras) para la detección temprana y oportuna de la hipertensión arterial sistémica y detección y conocimiento de cuales son los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes.

- ❖ Tener mayor minuciosidad en las notas de expediente clínico, ya que aunque se realicen las acciones nunca se registran , consiguiendo subregistro de datos y valoraciones al expediente clínico deficientes *motivando un descontrol médico terapéutico cuando no esta el medico tratante y en el paciente mismo*

- ❖ Reforzamiento en los esquemas terapéuticos. haciendo hincapié en la modificación de estilos de vida, ejercicio programado, dieta acorde a necesidades calóricas y reductivas. Para disminuir los factores de riesgo cardiovascular o erradicarlos y disminuirlos.

- ❖ Aunque el grado de control de la TA en base al tratamiento actual es adecuado, se sugiere revaloraciones de tratamiento, aunque han sido efectivos no son lo más indicados en muchos casos, ya que existen indicaciones precisas para cada antihipertensivo y no se pueden dar indiscriminadamente a todo paciente.

- ❖ Igualmente concertaciones en módulos o sesiones medicas para normar conductas preventivas y terapéuticas para el manejo de hipertensión arterial acorde a las necesidades del paciente y de los recursos con que se cuentan, se nos hace indispensable la creación de un instrumento de valoración al expediente clínico para el mejor seguimiento ,manejo y control de esta patología siendo de tipo local y acorde nuevamente a las necesidades ya mencionadas

- ❖ Envíos oportunos a otra especialidad, sobre todo para manejo integral Para detecciones precoces de complicaciones y ajustamiento de tratamiento y medidas correctivas igualmente oportunos, conjuntamente con los otros especialistas y sub. especialistas.

- ❖ De esta manera se mejorara el control y disminución de la incidencia y prevalencia de esta enfermedad propia y característica de la transición demográfica y económica de un país como el nuestro, igualmente al mejorar la atención y disminuir la problemática de salud causada por esta enfermedad, se abaten costos y se evita el desabasto de cierto grupo de medicamentos de los cuales se abusa en su utilización.

BIBLIOGRAFIA.

1. Halabe Cherem J, Haiko Nellen H, Flores Padilla G Hipertensión arterial, Rev. Med. IMSS Vol 36, No 1, ene-feb 1998 Mex.
2. Subsecretaria de prevención y control de enfermedades Hipertensión arterial, Secretaria de Salud Vol 1, No 6, sep- 1999 Mex.
3. Rosamond Thomas I, Fields E.L, hipertensión arterial definiciones y evaluación diagnostica, Manual de terapia medica, Dto de medicina , Washington university 7ª ed salvat 1997, Mex.
4. IMSS, Hipertensión arterial esencial. Rev, Med, IMSS. 1997; 35 (6), Mex.
5. Jiang He M, Whelton K. P. Datos epidemiologicos y prevenció de la hipertensión arterial, National Herat ando blood institute, feb 1997.
6. Clicerio González V, Arredondo Perez B, Braxton M, Afnnner S. Prevalence and detection of hipertensión in México. Arch, of Med Research, vol 25, No 3 1996.
7. Calvo Vargas C, Nuevos retos del control de la hipertensión arterial, rev Med IMSS 36 (36), 1998
8. Saldaña J. R., Epidemiología de la hipertensión arterial en México; aspectos históricos, Med Int Méx. 1997; 13 (6) 283.
9. Diagnostico de salud, U M F 28, 1999, IMSS
10. JNC V. The fifth Report of the Joint National Committee on Prevention, detection, Evolution, and Treatment of high Blood Pressure. Arch Intern Med 1993; 153, (25) Jan. 1993.
11. JNC VI. The fifth Report of the Joint National Committee on Prevention, detection, Evolution, and Treatment of high Blood Pressure Bethesda, Md: national Institutes of Healt, National Heart, Lung, and Blood Institute; 1997
12. M. Kaplan N, Multiple risk factors for coronary heart dosease in patients wit hypertension, Journal of Hypertension, 1995; 13 (suppl 2)

13. H. Weinberger M. Cardiovascular Risk Factors and antihypertensive Therapy. The American journal of Medicine 1988; 84 april (15) suppl 4A.
14. IMSS. Hipertensión arterial una perspectiva de manejo para le medico familiar, Organización panamericana de la salud , Oct. 1998
15. Goodman and Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica medica, séptima ed, panamericana .pag 747-764.
16. Dan Baerlowitz R, Arlene S. E, Friedman H Robert. Indiquate manegament or blood pressure in a hipertensive population. The New Engl J Med 1998;339 (27).
17. Moser M. National recommendations for the pharmacological treatment of hypertension. Arch Intern Med 1999; 159 July (12).
18. Raj Lakshman M, Domenic Reda J, Masterson J B, et al, diuretics and B- blockers do not have adverse effects at 1 year on plasma lipid and lipoprotein profiles in men with hypertension Arch Intern Med 159, mar (22) 1999.
19. Torres Salazar A B, Propuesta de algoritmo para el manejo de la hipertensión arterial sistémica dirigido al medico familiar. Arch. Med Fam 2000, Jul –sep ; 2 (3)
20. Liethman Bakris G, et al, Viejos retos en el manejo de la hipertensión arterial, Hipertensión arterial. 1997 139 (14).
21. Rus Black H, Froholich E, Houston C. M, Nuevas tendencias en el tratamiento de la hipertensión. Atenc Med. Junio 1999; 12 (6).

ANEXOS

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

CEDULA.

ANOTAR LA RESPUESTA CORRECTA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

1. EDAD : _____

2. GENERO:

1) Masculino 2) Femenino

3. RELIGIÓN: _____

4. OCUPACIÓN:

1) Hogar 2) Obrero 3) Profesionista 4) Comerciante 5) Otra ¿cuál? _____

5. ESTADO CIVIL

1) Soltero 2) Casado 3) Viudo 4) Divorciado 5) Separado 6) Unión libre

6. ESCOLARIDAD

1) Primaria 2) Secundaria 3) Bachillerato 4) Licenciatura 5) Postgrado

7. TENSIÓN ARTERIAL EN EL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO

1) Cifra de T diagnostica _____

SOMATOMETRIA, EVOLUCION Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

8. REGISTRO DE SIGNOS VITALES Y SOMATOMETRIA DE LA ULTIMA CONSULTA

1) PESO EN KILOGRAMOS _____

2) TALLA EN MTS Y CMS _____

3) CIFRA DE T/A ACTUAL _____

9. TIPO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

1) Esencial 2) Secundaria

10. TIEMPO DE EVOLUCION DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

1) Reciente (menos de un año) 2) Crónica (más de 1 año)

11. TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO ACTUAL

1) Fármaco(os)

2) Dosis actual

3) Tiempo de utilizarlo

12. TIPO DE TRATAMIENTO EN RELACION A NUMERO DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS SOLO EN EL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO.

- 1) Monoterapia 2) Biterapia 3) Politerapia

13. ENFERMEDADES CONCOMITANTES ACTUALES, ESPECIFICAR EN EL ESPACIO EL TIPO DE PATOLOGÍA Y MARCAR SI TIENE TRATAMIENTO.

PATOLOGIA	AÑOS DE EVOLUCION	TRATAMIENTO	SI	NO
1) _____	_____	_____	_____	_____
2) _____	_____	_____	_____	_____
3) _____	_____	_____	_____	_____
4) _____	_____	_____	_____	_____

14. EL ESPECIALISTA DIO EL DIAGNOSTICO DE LA PATOLOGÍA ?

- 1) Sí _____ 2) No _____

15. EN EL ULTIMO AÑO , A QUE TIPO DE VALORACIONES POR OTRO ESPECIALISTA A SIDO ENVIADO EL PACIENTE (MARCAR CON UNA X LA RESPUESTA CORRECTA)

- 1) Oftalmología 2) Medicina interna 3) Cardiología 4) Nefrología 5) Neurología
 6) Otras especifique cual _____

16. EVOLUCION ACTUAL DE LA HIPERTENSIÓN EN RELACION AL TRATAMIENTO ACTUAL.

- 1) Controlada 2) Descontrolada

15. FRECUENCIA DE ASISTENCIA A CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ..

- 1) Cada mes 2) Cada 2 meses 3) Más de 3 meses

LABORATORIO Y GABINETE.

17. EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE REALIZADOS AL PACIENTE DURANTE LOS ULTIMOS 3 MESES INCLUYE (MARCAR CON UNA X CON LO QUE CUENTA EL PACIENTE).

- 1) Descripción de teleradiografía de torax 2) Electrocardiograma 3) Triglicéridos
 5) Química sanguínea 7) Electrolitos sericos 4) Colesterol
 6) Biometría hemática 8) Ácido úrico
 9) Otros especifique _____

18. Tabaquismo

- (+ de 10 cigarrillos al día) SI
 (- de 10 cigarrillos al día) NO

19. EJERCICIO

- SI NO**